

sykdom med kognitiv svekkelse tar man fra dem muligheten til fortsatt å kunne fungere i hjemmet for en begrenset tid. For undertegnede, som har lang klinisk erfaring med slike pasienter og deres pårørende, blir den foreslåtte overskriften «Rivastigmine: New indication. Dementia and Parkinson's disease: no thank you» feil. Mitt råd vil være: Forsøk behandling med kolinesterasehemmere, vær forsiktig med dosen og seponer ved uakseptable bivirkninger.

Ole-Bjørn Tysnes

Nevrologisk avdeling
Haukeland Universitetssjukehus

Litteratur

1. Halvorsen Ø, Tysnes O-B. Demens ved Parkinsons sykdom. Tidsskr Nor Lægeforen 2007; 127: 2517–20.
2. Emre M, Aarsland D, Albanese A et al. Rivastigmine for dementia associated with Parkinson's disease. N Engl J Med 2004; 351: 2509–18.

D. Årsland svarer:

Landmark & Reikvam viser til den høye andelen (29%) som rapporterte kvalme i en seksmåneders behandlingsstudie om rivastigmin ved Parkinsons sykdom og demens (1) og hevder at rivastigmin ikke bedrer livskvaliteten til pasienter med Parkinsons

sykdom og demens. De siterer videre et leserbrev der det hevdes at for hver 19. pasient som behandles, blir én bedret og fire får bivirkninger.

Kvalme er et kjent problem ved behandling med kolinesterasehemmere. Imidlertid er kvalmen hos de fleste mild og forbigående, opptrer vanligvis under dosetitrering og forekommer sjelden etter at vedlikeholdsdose er oppnådd. At dette var tilfellet også i den refererte studien (1), støttes av det faktum at færre enn 5% av pasientene i rivastigmingruppen avsluttet studien pga. kvalme – til tross for at doseopptrappingen var standardisert og med regelmessig opptrapping til maksimal dose, hvis dette ble tolerert. En slik praksis gir flere pasienter med mer alvorlig kvalme enn når man følger vanlig klinisk praksis, der man vil gå mer forsiktig frem og ofte unngå doseøkning ved mistanke om eller tegn til bivirkninger.

Landmark & Reikvams bruk av NNT, der man ser på andelen som fikk forbedring i løpet av studien, er ikke dekkende for en progredierende sykdom, der forebygging av ytterligere forverring også er et viktig behandlingsmål. Det var en større andel i placebogruppen som hadde en betydningsfull forverring i studieperioden sammen-

liknet med behandlingsgruppen. Dersom man tar hensyn til dette, blir NNT lavere enn 19.

Pasienter med Parkinsons sykdom og demens er følsomme for alle typer bivirkninger, også for bivirkninger av antiparkinsonmedikamenter. All medikamentell behandling til denne gruppen må derfor overvåkes nøye, og fordeler og ulemper må alltid vurderes grundig i forhold til hverandre. En ureflektert avvísning av rivastigmin på basis av statistiske risikoberegninger gagnar ikke pasienter som ikke har andre behandlingsalternativer. Ved grundig informasjon på forhånd om forventet effekt og risiko for bivirkninger samt tett oppfølging og umiddelbar dosejustering dersom dette er nødvendig, vil de fleste pasientene tolerere behandlingen.

Dag Årsland

Stavanger universitetssjukehus
og
Universitetet i Bergen

Litteratur

1. Emre M, Aarsland D, Albanese A et al. Rivastigmine for dementia associated with Parkinson's disease. N Engl J Med 2004; 351: 2509–18.